

De l'étiologie de l'Hypertrophie prostatique

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BALE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges CUTTAT

de Rossemaison (Berne)

Médecin-chirurgien à Saint-Imier

Ancien assistant de l'Hôpital cantonal de Lausanne

Ancien assistant de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds

GENÈVE

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE, PÉLISSERIE, 18

1912

De l'étiologie de l'Hypertrophie prostatique

THÈSE INAUGURALE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE BALE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

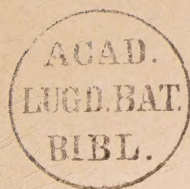
Georges CUTTAT

de Rossemaison (Berne)

Médecin-chirurgien à Saint-Imier

Ancien assistant de l'Hôpital cantonal de Lausanne

Ancien assistant de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds



GENÈVE

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE, PÉLISSERIE, 18

—
1912

Imprimé avec l'autorisation de la Faculté de médecine de Bâle.

Rapporteur :

Prof. D^r DE QUERVAIN.

Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*
(N^o 10, Octobre 1912)

A MON PÈRE

M. LE D^r EMILE CUTTAT

EN TÉMOIGNAGE D'AFFECTION ET DE RECONNAISSANCE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546706_0107

DE L'ÉTIOLOGIE DE L'HYPERTROPHIE PROSTATIQUE

PAR

Georges CUTTAT

Ancien assistant de l'Hôpital cantonal de Lausanne
Ancien assistant de l'Hôpital de la Chaux-de-Fonds

I. — EXPOSÉ HISTORIQUE

Depuis les travaux de Virchow, en 1863, qui considérait l'hypertrophie de la prostate comme un processus de néoformation qu'il divisait en deux formes, celle des myomes et celle des tumeurs glandulaires, presque tous les auteurs: Billroth, Birch-Hirschfeld, Jores, Casper, Kauffmann, Burckhardt et Socin, Burckhardt et Polano, ont eu la même conception, c'est-à-dire celle d'une tumeur proprement dite.

Presque tous sont d'accord pour classer l'hypertrophie de la prostate en deux ou trois formes différentes, selon que prédomine l'élément glandulaire ou l'élément fibreux et musculaire.

En 1900, Ciechanowski est venu, dans un travail d'une étendue considérable et très documenté, tenter de révolutionner les idées jusqu'alors admises. Il conçut la théorie inflammatoire. Pour lui, l'hypertrophie de la prostate ne serait que le résultat pathologique d'une inflammation chronique. Il a essayé de renfermer dans le même cadre certaines formes d'atrophie de la prostate. Cette inflammation chronique du tissu conjonctif aurait son siège dans le stroma sous forme de foyers périglandulaires qui montrent les différentes phases de l'organisation du tissu conjonctif. Suivant que ce processus inflammatoire se localiserait dans les parties centrales ou périphériques de la prostate, il en résulterait une oblitération des canaux excré-

teurs et par suite une dilatation des ramifications glandulaires dépendant de ces canaux principaux. On arrive ainsi à l'hypertrophie de tout l'organe. Les parties périphériques de la glande sont-elles atteintes au début (c'est en réalité le contraire qui se produit), les tubuli s'atrophieraient, étouffés par le tissu conjonctif en marche, et le terme final de ce processus serait l'atrophie de la glande.

Pour Ciechanowski, l'hypertrophie de la prostate est presque exclusivement due à la dilatation des vésicules glandulaires. Pour lui, le tissu conjonctif ne joue qu'un rôle secondaire et la part de l'action du tissu musculaire est douteuse. La cause initiale de cette inflammation chronique serait due, dans la majorité des cas, à la blennorrhagie.

En 1909, Rotschild arrive aux mêmes conclusions que l'auteur précédent, après avoir examiné 30 prostates prises sur des cadavres d'individus qui moururent entre 30 et 40 ans. Ces 30 sujets n'avaient pas souffert, vraisemblablement, de maladies des voies urinaires : 27 donnèrent l'image histologique de l'inflammation chronique. Pour Rotschild, l'hypertrophie de la prostate est une forme tardive de la prostatite chronique. Il divise les altérations de la prostate hypertrophiée en trois groupes :

- 1° Hypertrophie par rétention inflammatoire chronique.
- 2° Formes rares, purement néoplasiques (myome, adénome, carcinome, ce dernier le plus fréquent).
- 3° Formes mixtes, guère plus fréquentes que les précédentes.

Wichmann réfute les théories de Ciechanowski et de Rotschild. Il examine la prostate de 25 cadavres d'hommes âgés de 1 à 85 ans, en éliminant les sujets qui avaient été atteints de syphilis et de maladies infectieuses. Neuf prostates paraissaient normales, malgré une légère dilatation glandulaire, un peu de desquamation épithéliale et la présence de quelques corps amy-lacés ou de rares leucocytes dans l'épithélium ; 16 présentaient des altérations pathologiques, mais Wichmann n'a pu constater que dans cinq cas sur 25 une véritable infiltration qui était quatre fois périglandulaire et une fois périvasculaire. On peut résumer comme suit le résultat de ses investigations :

- 1° Les dilatations glandulaires n'entrent qu'exceptionnellement en ligne de compte pour expliquer l'hypertrophie de la prostate.

2° On trouve rarement des infiltrations périglandulaires qui expliqueraient cette infiltration.

3° Les urétrites sont de la plus haute importance pour faire comprendre ces infiltrations.

4° Le point de départ de l'hypertrophie serait pour Wichmann dans le stroma fibro-musculaire.

5° Il a trouvé si peu d'infiltration périglandulaire qu'il est en contradiction évidente avec Ciechanowski et Rotschild.

Raskai, en 1907, a porté ses recherches sur un matériel considérable recueilli à l'Institut pathologique de l'Université de Budapest. Il a éliminé les cas d'inflammation aiguë ou chronique des voies urinaires, ainsi que la syphilis et, autant que possible, la tuberculose. Il a en outre exclu la gonorrhée récente, et n'a jamais rencontré dans les cas examinés des résidus de gonorrhée ancienne. Il n'a trouvé que dans huit cas une infiltration cellulaire et celle-ci était le plus souvent localisée à la périphérie de la glande qu'autour des canaux excréteurs.

Le même auteur a examiné dans une autre série 247 cadavres d'individus morts à un âge avancé : 98 avaient eu une fois une gonorrhée ; 34 en avaient eu plusieurs, et 20 d'entre eux présentaient des rétrécissements de l'urètre très prononcés ; dans aucun des 34 cas de cette seconde catégorie on ne trouvait d'hypertrophie de la prostate ; 11 présentaient par contre des signes objectifs de prostatite chronique. Dans les 98 cas de la première catégorie on ne trouva que deux fois une hypertrophie de la prostate. Sur les 95 autres sujets qui n'avaient jamais été atteints de blennorrhagie, 21 présentaient une hypertrophie.

En 1909, Runge reprend la question et étudie 29 prostates prises sur des cadavres de sujets dont 23 étaient décédés entre 70 et 90 ans et six entre 20 et 60 ans. Sur ces 29 cas il découvre 22 où la prostate était atteinte d'hypertrophie pure.

Pour lui, la soi-disant hypertrophie de la prostate repose uniquement sur une néoformation adénomateuse. Elle se produit suivant les trois types suivants : *a.* Adénome papillaire intracauliculaire (10 cas). *b.* Fibroadénome papillaire intracanaliculaire (8 cas). *c.* Adénome tubulaire (4 cas).

Le tissu musculaire ne prend pas une part active à l'hypertrophie, mais disparaît au contraire à mesure que la prolifération du tissu conjonctif augmente.

Les processus inflammatoires qui se produisent sont de nature

secondaire et sont provoqués habituellement par une cystite qui existe presque toujours en pareil cas.

Lissauer, dans un travail récemment paru, a examiné 32 cas relatifs à des sujets dont l'âge variait entre 1 et 73 ans. Il y avait hypertrophie dans 17 cas. Les 15 autres paraissaient macroscopiquement normaux. Deux cependant parmi ces derniers devaient être considérés comme pathologiques à l'examen microscopique.

Lissauer n'admet pas la théorie inflammatoire et considère l'infiltration globo-cellulaire comme étant de nature secondaire. Il est persuadé que l'hypertrophie est une véritable tumeur et il n'a pas que se convaincre du bien fondé de la théorie inflammatoire de Ciechanowski et de Rotschild.

En France, l'école de Guyon et de Launois considère l'hypertrophie de la prostate comme étant la conséquence d'une artériosclérose généralisée du système uro-génital avec endo- et péri-artérite des vaisseaux de la glande donnant lieu à une néoformation de tissu conjonctif.

Au point où nous ont amené les recherches actuelles sur la pathogénèse de l'hypertrophie de la prostate, nous nous trouvons donc en présence de deux théories : 1^o la théorie infectieuse (blennorrhagie ou non) ; 2^o la théorie néoplasique (tumeur proprement dite ou dégénérescence vaguement définie).

La théorie infectieuse prétend expliquer l'hypertrophie de la prostate par le processus de l'inflammation chronique, due dans la grande majorité des cas à l'infection blennorrhagique des voies urinaires.

La théorie néoplasique est celle de la plupart des auteurs. Les uns font partir le processus néoplasique du tissu conjonctif ou fibro-musculaire du stroma, les autres du tissu glandulaire, d'autres enfin accordent une part égale aux deux éléments. Pour les uns et les autres, l'inflammation cellulaire, quelquefois constatée, ne joue qu'un rôle secondaire.

II. — FAITS CLINIQUES

Ces faits sont tirés de l'observation de 19 cas relatifs à des prostatiques dont l'âge variait entre 59 et 83 ans, qui ont tous été atteints de troubles dus à l'hypertrophie de leur prostate et ont été opérés par M. le prof. de Quervain, soit dans les hôpitaux de La Chaux-de-Fonds et du Locle, soit à sa clinique privée.

En consultant le tableau qui suivra, nous pouvons nous rendre compte que, dans trois cas seulement, nous avons relevé l'existence dans l'anamnèse de maladies infectieuses des voies urinaires (blennorragie).

Il est certain que la fréquence relative attribuée à la blennorragie dans les antécédents dépend en première ligne du matériel dont disposaient les différents auteurs. Il est indéniable que la gonorrhée se rencontre beaucoup plus fréquemment au sein des populations urbaines que parmi celles des campagnes. Or, les statistiques des auteurs diffèrent sensiblement suivant que leur matériel est choisi dans l'une ou l'autre de ces catégories.

Dans notre série de cas, cette maladie ne joue qu'un rôle minime, puisque nous n'avons relevé que 3 blennorragies dans les antécédents de nos 19 malades.

Les infections de la prostate autres que la blennorragie sont très rares et presque exclusivement de nature tuberculeuse, au moins chez les individus qui n'ont jamais été sondés ; or, pour les 19 cas qui font l'objet de notre travail, rien n'indique dans leur anamnèse la préexistence d'une lésion tuberculeuse, et aucun des sujets n'avait été sondé avant l'apparition des symptômes de l'hypertrophie prostatique.

Nous ne pouvons donc tirer des commémoratifs de nos patients aucun parti pour expliquer l'étiologie de leur hypertrophie prostatique.

III. -- ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

a) Statistiques antérieures

1. *Ciechanowski*. — Tous ses cas montraient des processus d'inflammation chronique périglandulaire.

2. *Rotschild*. — Sur 30 cas, il en trouve 27 offrant des altérations dues à l'inflammation chronique.

3. *Li Virghi*. — Sur 163 cas d'hypertrophie, il a pu prouver la présence du colibacille, soit dans la sécrétion prostatique, soit dans le tissu proprement dit de la glande. Pour lui, l'hypertrophie de la prostate et la prostatite chronique ont la même valeur anatomo-pathologique.

4. *Wichmann*. — Sur 25 cas il n'a pu constater que cinq fois une véritable infiltration qui était quatre fois périglandulaire et une fois périvasculaire.

5. *Raskai*. — Dans une nombreuse série d'examen il n'a trouvé que dans huit cas une infiltration cellulaire qui était

même plus souvent localisée à la périphérie de l'organe qu'autour des canaux excréteurs.

Dans une autre série de 247 cas, il a examiné 98 prostates d'individus ayant souffert d'une ou de plusieurs blennorragies. Sur ces 88 cas, il ne trouve que deux hypertrophies de la prostate. Parmi les 129 autres, relatifs à des sujets qui n'avaient jamais été atteints de blennorragie, on trouvait 21 prostates hypertrophiées.

6. *Runge*. — Il n'a jamais, sur 22 cas d'hypertrophie pure, rencontré d'infiltration ayant une signification.

7. *Lissauer*. — Avec 19 cas d'hypertrophie, il en arrive aux mêmes conclusions que Runge.

b) *Statistique personnelle*

Notre statistique comprend 19 cas d'hypertrophie pure, consignés dans le tableau ci-joint.

Dans 11 cas, nous avons trouvé une infiltration cellulaire insignifiante; dans deux cas, une infiltration répartie en amas globulo-cellulaires disséminés, et dans six cas l'infiltration était nulle. Sauf dans un cas (n° 12), l'infiltration n'était jamais péri- ou paraglandulaire et nous n'avons pas rencontré une seule fois une infiltration diffuse du stroma. Chose intéressante à noter, dans les trois cas où nous avons relevé une blennorragie préexistante, l'infiltration était insignifiante et jamais localisée près des glandes, et dans le seul cas où elle fut périglandulaire, l'anamnèse ne révèle pas de blennorragie.

L'infiltration globulo-cellulaire dont nous venons de parler n'a d'ailleurs qu'une valeur douteuse comme signe inflammatoire proprement dit, étant donné qu'elle se rencontre fréquemment dans toutes sortes de tumeurs, comme par exemple dans les affections fibro-épithéliales du sein. Elle se présente sous forme de foyers, d'amas qui sont disséminés tantôt dans le tissu conjonctif, tantôt dans le voisinage des glandes.

Une pareille infiltration ne saurait être prise en considération, que si elle était diffuse, pénétrant dans le stroma glandulaire, et encore faudrait-il pouvoir exclure l'influence éventuelle d'un cathétérisme antérieur, ou plutôt, de l'infection dont celui-ci est si souvent suivi.

Si nous considérons maintenant le rapport existant entre le tissu musculaire et conjonctif au point de vue quantitatif, nous trouvons dans 14 cas une prédominance nette du tissu muscu-

laire ; dans quatre cas, la participation des deux tissus à la formation du stroma se fait par parties égales et dans un cas nous voyons une prépondérance marquée du tissu conjonctif.

Dans nos 19 prostates, le stroma glandulaire est composé de sections de glandes de formes différentes. Les unes sont arrondies ou ovalaires, d'autres allongées ou ramifiées et leur rapport quantitatif réciproque varie suivant les cas. On observe la présence de papilles plus ou moins grandes dans tous les cas. Certaines sections de glandes en sont largement pourvues, d'autres en contiennent très peu. En outre, on rencontre dans toutes les préparations un nombre plus ou moins considérable de grandes vésicules dilatées, dont les dimensions moyennes dépassent de beaucoup celles des sections de glandes d'une prostate normale.

Moyenne du diamètre des vésicules dilatées = $1^{\text{mm}} 25$.

Maximum observé = $3^{\text{mm}} 50$.

Ce diamètre moyen des sections de glandes d'une prostate normale est de $0,20^{\text{mm}}$ (Köl liker et constatations personnelles).

L'épithélium glandulaire des papilles est toujours haut cylindrique, à deux couches. Dans les petites vésicules arrondies ou ovalaires, l'épithélium est en général cylindrique à une seule rangée, avec une couche de noyaux supplémentaires au-dessous. Il est quelquefois à deux rangées de cellules. Souvent aussi l'épithélium est plus ou moins cubique, quelquefois aplati. Dans les grandes vésicules dilatées il est toujours cubique ou aplati et à une seule couche, sauf sur les papilles.

Quant à la disposition des sections de glandes, nous avons observé trois modes de répartition, dont le plus fréquent est celui par groupes (14 fois). La répartition diffuse des glandes dans le stroma s'est rencontrée quatre fois, et une seule fois nous avons observé de véritables noyaux (myomes).

Conclusions anatomo-pathologiques. — Il est facile de se rendre compte d'après ce qui précède, que les altérations pathologiques des prostates que nous venons d'étudier, n'ont pas à leur origine un processus inflammatoire. Les caractères quelque peu inflammatoires qu'elles présentent, il est vrai, dans la majorité des cas, peuvent être secondaires et ils ne prouvent nullement du moins une origine infectieuse. Il s'agit, au contraire, d'une augmentation de volume de la glande à laquelle participent avant tout le tissu glandulaire (épithélial et conjonctif) et également le stroma musculaire.

IV. — CONCLUSIONS GÉNÉRALES

L'hypertrophie de la prostate rentre-t-elle dans le cadre des tumeurs proprement dites? Cela dépend de la définition qu'on donne au terme de tumeur. Si l'on circonscrit celui-ci d'une manière quelque peu précise, il faut reconnaître que l'hypertrophie de la prostate n'offre pas les caractères essentiels des tumeurs. Qu'est-ce, en effet, qu'une tumeur? C'est la néoformation d'un tissu simple ou d'un tissu complexe, néoformation qui n'est pas l'équivalent du tissu d'origine, mais au contraire lui est étranger: le tissu aux dépens duquel la néoformation a lieu est atypique et ne développe généralement pas les propriétés physiologiques de ce tissu. L'hypertrophie de la prostate n'offre nullement les caractères qui répondent à cette définition. Elle trouve par contre son analogie dans ce que M. de Quervain a appelé la dégénérescence fibro-épithéliomateuse, altération dans laquelle la prépondérance revient tantôt aux éléments glandulaires, tantôt au stroma (dans le cas particulier, fibromusculaire).

Nous rencontrons, en effet, des analogies dans la pathologie humaine, notamment dans le goître et dans la dégénérescence fibro-épithéliomateuse du sein. Quels sont les points par lesquels il y a lieu de découvrir une parenté anatomo-pathologique entre ces trois affections?

Le goître n'est ni une tumeur, ni le produit d'une inflammation chronique. C'est également une dégénérescence fibro-épithéliomateuse de la glande thyroïde. Nous voyons dans le goître une altération pathologique des éléments histologiques qui sont répartis d'une façon tantôt diffuse, tantôt sous forme de nodules. Dans le goître, comme dans l'hypertrophie de la prostate, nous voyons se dérouler sous nos yeux toutes les formes d'épithéliums, depuis l'épithélium plat jusqu'à l'épithélium haut cylindrique en passant par tous les degrés, suivant l'état de réplétion ou de tension des vésicules glandulaires.

Il nous est permis de faire les mêmes comparaisons avec les soi-disant tumeurs bénignes du sein. D'une façon analogue nous observons ici souvent de l'infiltration cellulaire (Theile) sans grande signification au point de vue inflammatoire. Les tissus glandulaires (épithélial et conjonctif) prennent également une part active à l'augmentation de volume, ainsi que le stroma fibreux. Nous assistons identiquement à la formation de papilles

<i>Anamnèse</i>		<i>Âge</i>	<i>Poids</i>	<i>Capsule</i>	<i>Stroma</i>	<i>Tissu glandulaire de la prostate</i> <i>Aspect</i> <i>Contenu glandulaire</i>	
1	Pas d'hérédité. Pas de gonorrhée. N'a jamais été sondé. Pas de cystite.	64	30	Prédominance des fibres muscul. Pas d'infiltration cellulaire.	Prédominance du tissu musculaire. Rares amas cellulaires disséminés.	En partie petites vésicules, en partie grosses vésiculées dilatées. Forme simple. Epithélium cylindrique haut; cubique ou plat dans les grosses vésicules.	Nul ou une substance granuleuse amorphe à peine colorée. Noyaux, cellules épithéliales ou desquamées. Pas d'amas globo-cellulaire. Concrétions dans les grosses vésicules.
2	Père et deux sœurs morts tubercul. Pas d'antécédents infectieux des voies urinaires. Jamais sondé.	68	50	Prédominance des fibres muscul. Par places amas compacts d'infiltration cellul.	Prédominance des fibres muscul. Pas d'infiltration.	Vésicules papillomateuses en grand nombre et nombreuses vésicules dilatées.	Homogène et quelquefois vacuolisé à la périphérie; en partie granuleux; souvent noyaux isolés ou en groupes. Pas de concrétions.
3	Pas d'antécédents infect.; a été sondé une ou deux fois; pas de cystite.	82	45	Riche en fibres musculaires. Infiltration insignifiante. Conches de tissu conjonctif.	Prédominance des fibres muscul. Infiltration insignifiante.	Sections de glandes par groupes de petite dimension. Groupe de grosses vésicules papillomateuses.	Nul ou homogène. Quelquefois granuleux. Beaucoup de concrétions.
4	Pas d'antécédents urinaires. A été sondé. Pas de cystite.	72	55	Prédomin. énorme du tissu musculaire. Infiltration nulle.	Prédomin. considérable du tissu musculaire. Rares amas globo-cellulaires.	Très peu nombreuses. Quelques rares vésicules dilatées et groupées.	En général nul. Quelques fois cellules épithéliales desquamées. Rares concrétions.
5	Pas de blennorrhagie. A été sondé une fois. Pas de cystite.	69	65	Pas de prédomin. de l'un ou de l'autre tissu. Trainées globo-cellulaires en assez grand nombre.	Légère prédomin. des fibres muscul. Rares amas globo-cellulaires.	Très nombreuses. Type papillomateux à grosses et petites papilles. Vésicules dilatées en grand nombre.	Concrétions en grand nombre.

<i>Anamnèse</i>	<i>Âge</i>	<i>Poids</i>	<i>Capsule</i>	<i>Stroma</i>	<i>Tissu glandulaire de la prostate</i>	
					<i>Aspect</i>	<i>Contenu glandulaire</i>
6 Pas de blennorrhée. Sondé plusieurs fois. Pas de cystite.	69	80	Tissu conjonctif en prédominance. Infiltration cellulaire diffuse.	Prédomin. des fibres muscul. Infiltration peu abondante.	Très nombreuses et en groupes. Type papillomateux purement épithélial. Epithélium cylindrique haut. Vésicules dilatées.	Noyaux, débris de cellules, concrétions.
7 Pas de blennorrhée. Sondé une fois. Pas de cystite.	70	190	Sans prédomin. de l'un ou l'autre tissu. Infiltration cellulaire, en général peu accusée, par places, compacte.	Prédomin. du tissu musculaire. Pas d'infiltration.	Glandes en groupes, en général assez grandes, arrondies, ou ovalaires. Par places type papillomateux. Pas de vésicules dilatées.	Homogène. Rares concrétions.
8 Pas de blennorrhée. Sondé plusieurs fois. Urine contenant quelques leucocytes avant l'opération.	65	90	Sans prédomin. de l'un ou l'autre tissu. Infiltration cellulaire diffuse.	Pas de prédomin. de l'un ou l'autre tissu. Infiltration cellulaire nulle.	Disposées par groupes. Arrondies ou ovalaires avec ou sans papilles. Grandes vésicules papillomateuses.	Tantôt homogène, tantôt granuleux avec débris de cellules. Rares concrétions.
9 Plusieurs blennorrhées. Sondé plusieurs fois. Cystite.	77	69	Sans prédomin. de l'un ou l'autre tissu. Quelques traînées globocellulaires.	Prédomin. du tissu muscul. Rares amas globocellulaires.	Groupes de glandes simples ou papillomateuses. Beaucoup de grosses vésicules.	Nul, homogène ou granuleux. Pas de concrétions.
10 Pas de blennorrhée. Pas sondé. Pas de cystite.	65	50	Pas de prédomin. de l'un ou l'autre tissu. Infiltration in-signifiante.	Prédomin. de l'élément musculaire. Infiltration rare. Jamais près des glandes.	En groupes, arrondies ou allongées, simples ou du type papillomateux. Rares vésicules dilatées.	Nul, homogène ou granuleux. Concrétions.

<i>Tissu glandulaire de la prostate</i>					<i>Contenu glandulaire</i>	
					<i>Aspect</i>	
<i>Anamnèse</i>	<i>Âge</i>	<i>Poids</i>	<i>Capsule</i>	<i>Stroma</i>		
11 Pas de blennorrhagie. A été sondé quelques fois. Pas de cystite.	65	50	Prédomin. des fibres muscul. Pas d'infiltration.	Prédomin. de l'élément musculaire. Rares amas globocellulaires.	Nombreux groupes de glandes simples et papillomateuses. Quelques grandes vésicules dilatées.	Nul, homogène ou granuleux. Quelques concrétions.
12 Pas de blennorrhagie. A été sondé une fois. Pas de cystite.	68	45	Prédominance des fibres muscul. Longues traînées d'infiltration cellulaire.	Prédomin. de l'élément muscul. Infiltration cellul. quelquefois directement dans l'épithélium basal.	Par groupes. Sections de glandes arrondies du type papillomat. Grand nombre de vésicules dilatées.	Nul ou homogène. Quelques débris de cellules desquamées. Pas de concrétions.
13 Pas d'antécédents infectieux des voies urinaires. N'a jamais été sondé. Pas de cystite.	83	30	Tissu conjonctif et musculaire avec prédominance de ce dernier.	Sans prédomin. de l'un ou l'autre tissu. Infiltration globocellulaire insignifiante.	Nombreuses glandes en groupes en général arrondies et simples. Quelques papilles. Grandes vésicules dilatées.	Granneux. Débris cellulaires. Concrétions.
14 Hérité nulle. Pas de blennorrhagie ni de cystite. A été sondé deux fois avant l'opération.	59	60	Prédomin. du tissu musculaire avec par places des traînées de tissu conjonctif. Pas d'infiltration cellul.	Tissu muscul. de développement très variable. Infiltration insignifiante.	Très peu de glandes papillomateuses. Quelques petites glandes arrondies disséminées. Beaucoup de grosses vésicules.	Nul, homogène ou granuleux. Rares concrétions.
15 Hérité nulle. Blennorrhagie à 34 ans. Avant l'opér. : urine trouble ; leucoc., cellules épithéliales, bâtonnets. Jamais sondé avant les symptômes de prostatisme.	62	30	Prédomin. du tissu conjonctif. Beaucoup d'amas globocellulaires.	Riche en tissu conjonc. Quelques amas globocellulaires.	Glandes nombreuses. Disposition irrégulière. Prédomin. du type papillomateux à grandes papilles. Beaucoup de grosses vésicules.	Homogène ou granuleux. Pas de concrétions.

	<i>Anamnèse</i>	<i>Âge</i>	<i>Poids</i>	<i>Capsule</i>	<i>Stroma</i>	<i>Tissu glandulaire de la prostate</i>	
						<i>Aspect</i>	<i>Contenu glandulaire</i>
16	Pas d'antécédents infectieux des voies urinaires. Pas sondé. Pas de cystite.	75	160	Prédomin. du tissu musculaire. Par places, bien développé. Infiltration cellulaire à la périphérie.	Prédomin. du tissu musculaire. Pas d'infiltration globocellulaire.	Glandes arrondies, simples en grande quantité. Quelques rares vésicules ont de très grandes papilles.	Nul.
17	Blennorrhagie dans sa jeunesse. Sondé quelques fois avant l'opér. Pas de cystite.	64	75	Prédomin. du tissu musculaire.	Prédomin. du tissu muscul. Par places, gros amas de lymphocytes.	En groupes en général du type papillomat. à grosses papilles. Tendance à la formation de grosses vésicules.	Tantôt homogène, tantôt granuleux avec quelques débris de cellules. Pas de concrétions.
18	Pas de blennorrhagie. Jamais sondé. Pas de cystite.	66	40	Sans prédomin. de l'un ou l'autre tissu. Pas d'infiltration cellulaire.	Tissu musculaire en prédomin. Pas d'infiltration.	En groupes, presque toutes du type papillomateux à grosses papilles. Quelques vésicules dilatées.	Nul ou granuleux. Rares concrétions.
19	Pas de blennorrhagie. Cathétérisé pendant 6 semaines deux fois par jour. Pas de cystite. Urine claire.	65	175	Prédomin. du tissu musculaire. Pas d'infiltration.	Uniquement du tissu musculaire.	Sections de glandes groupées en grande quantité, arrondies, allongées ou ovalaires, toutes du type papillomateux. Vésicules dilatées.	Souvent nul, homogène ou granuleux. La coupe est formée de deux parties nettement distinctes : l'une myomatense, l'autre glandulaire. Pas de concrétions.
20	Prostate normale.	30	15	Tissu musculaire	et conjonctif.	Sections de glandes arrondies ou ovalaires.	Homogène. Pas de concrétions.

à épithélium à plusieurs couches de cellules, ainsi qu'à celle de grosses vésicules à épithélium cubique ou plat.

Nous résumerons brièvement nos constatations dans les trois thèses suivantes :

1° Etiologiquement parlant, il ne nous est pas possible d'admettre une origine infectieuse aboutissant à une inflammation chronique pour expliquer l'hypertrophie de la prostate.

2° L'hypertrophie de la prostate ne rentre pas dans la série des tumeurs proprement dites.

3° L'hypertrophie de la prostate est une véritable dégénérescence fibro-épithéliale qui trouve son analogie en anatomo-pathologie (goître et tumeurs fibro-épithéliales du sein). Le tissu glandulaire et le stroma prennent une part à peu près égale à l'augmentation de volume.

L'infiltration cellulaire que nous avons constatée est d'origine secondaire.

Nous exprimons à notre maître, M. le Professeur de Quervain, notre reconnaissance et nos remerciements les plus sincères pour la savante et bienveillante direction qu'il nous a donnée au cours de ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

MAX BORST. Die Lehre von den Geschwülsten. Bd. I, 1902, p. 224. Bd. II, p. 555-557.

BURCKHARDT und POLANO. Krankheiten den männlichen und weiblichen Harnorgane, Wiesbaden 1908.

CIECHANOWSKI. Anatomische Untersuchungen über die sogenannte Prostatahypertrophie und verwandte Progresse. *Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. und Chir.*, Bd. VII, Heft 2/3, 1900, p. 252.

CASPER Leopold. *Berl. klin. Woch.*, 1909, p. 1181.

VON FRISCH. Die Krankheiten der Prostata. (Spezielle Pathologie und Therapie, etc.) Wien u. Leipzig, 1910.

GUYON. Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate, Paris, 1888. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires, Paris 1885 et 1895.

WILLI HIRT. Die Prostatahypertrophie. Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie. Bd. I, p. 473, Berlin, 1910.

IORES. Über die Hypertrophie der sogenannten mittleren Lappeus der Prostata. *Virch. Arch.*, Bd. CXXXV, p. 224-227.

August Joss. Beiträge zur Aetiologie der Prostatahypertrophie. *Thèse de Berne*, 1900.

KAUFMANN. Spezielle pathologische Anatomie, 4. A. Berlin, 1907, p. 897.

A. KÆLLIKER. Handbuch der Gewebelehre des Menschen. Bd. III, 1902, p. 409.

LI VIRGHI. Aetiologie der Prostatitis und der Prostatahypertrophie. *Gaz. degli Osped.*, 1907, Nr. 3.

MAX LISSAUER. Untersuchungen über die Aetiologie der Prostatahypertrophie. *Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Urologie*, Wien, 1907.

ROTSCHILD. Die entzündliche Histo- und Pathogenese der Prostatahypertrophie etc., *Folia urologica*, 4, Nr. 4, 1909.

W. RUNGE. Ueber die Pathogenese der Prostatahypertrophie. *Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chir.*, 1909, Heft, 2. p. 347.

SCHMIEDEN. Neuere Anschauungen über das Wesen und die Behandlung der Prostatahypertrophie. *Moderne ärztliche Bibliothek*, Heft. 24. Berlin, 1905.

SOCIN und BURCKHARDT. Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata. *Deutsche Chir.*, Lief. 53, 1902.

TANDLER und ZUCKERHANDL. Anatomische Untersuchungen über die Prostatahypertrophie, etc. *Folia urologica*, 1911, Bd. V, Nr. 9

P. THEILE. Zur Kenntniss der fibroepithelialen Veränderungen der Brustdrüse. *Thèse de Berne*, 1903.

VIRCHOW. Die Krankhaften Geschwülste, 1863, Bd. III, p. 133.

VICHMANN. Untersuchungen über die Aetiologie der Prostatahypertrophie. *Virch. Arch.*, Bd. CLXXX, p. 279.

ZIEGLER. Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, 1906, p. 952.



